Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 8570155
Centre d'intérêt: 240

L'Approche communautaire : vers une pratique élargie en santé mentale et physique / [pour le] GREME. -- Rimouski : GREME, c1983.
ii, 100 p. ; 28 cm. -- (L'Une) -- (Monographie / Université du Québec à Rimouski, Département des sciences de l'éducation ; 17)

Comprend des bibliogr. Dépouillement: L'approche communautaire : vers une pratique élargie en santé mentale et physique / par Pierre L.-J. Ritchie -- La prévention en santé mentale communautaire : quelques réflexions / par Bernard Nadeau -- La santé communautaire, est-ce un mythe ou une réalité? / par Hélène Lachapelle, Colombe Pelletier -- Santé physique et mentale : le support de la communauté / par Gille Mireault -- Santé mentale et interventions communautaires : nouveaux défis pour les psychologues / Pauline Côté, David Michaud, Simon Papillon, Nicole Royer -- L'intervention auprès des communautés, une affaire de stratégie et d'innovation où les plus audacieux l'emporteront sur les plus grands esprits bien instruits / Robert Maguire, Michel Asselin.

Descripteur(s): *Santé mentale *Santé physique *Approche communautaire *Organisation communautaire *Psychologie *Prévention

Identificateur(s) de sujet: *Psychologie communautaire

L'intérêt pour la psychologie communautaire est grandissant en Amérique du Nord, et il a connu un essor considérable au cours des cinq dernières années. Au Québec, l'UQAR présentait pour fin d'approbation au Conseil des universités, en 1982, un programme de baccalauréat et un dossier d'opportunité de maîtrise où la psychologie communautaire était l'orientation majeure. Dès octobre 1981, un groupe de recherche et d'intervention constitué de psychologues provenant à la fois de l'université et du milieu était formé. Le travail du groupe a d'abord porté sur l'organisation d'un colloque régional sur la psychologie communautaire. Les différentes parties de ce volume présentent les conférences majeures qui ont été prononcées lors du colloque.

Type de document: f

EDUQ 8570155

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE : VERS UNE PRATIQUE ÉLARGIE EN SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE.

AUTEURS :
Michel Asselin
Robert Maguire
Gilles Mireault
Bernard Nadeau
Hélène Lachapelle
Colombe Pelletier
Pierre Ritchie
Pauline Côté
David Michaud
Simon Papillon
Nicole Royer

MONOGRAPHIE N° 17

Département des sciences de l'Éducation
UQAR

Collection *L'UNE*
Édition GREME

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE: VERS UNE PRATIQUE ELARGIE EN SANTE MENTALE ET PHYSIQUE.

AUTEURS:

Michel Asselin
Robert Maguire
Gilles Mireault
Bernard Nadeau
Hélène Lachapelle
Colombe Pelletier
Pierre Ritchie
Pauline Côté
David Michaud
Simon Papillon
Nicole Royer

MONOGRAPHIE No 17

Département des sciences de l'Education
UQAR

Collection L'UNE
Edition GREME

Le Groupe de Recherche et d'Edition des Monographies en Education (GREME) a été constitué au mois de septembre 1982 par le Département des sciences de l'Education de l'UQAR afin de remplir un double mandat: gérer les collections "L'Une", "L'Autre" et "PPMF" des monographies du département; et faire des propositions susceptibles d'encourager les professeurs et les professeures de l'UQAR intéressés à l'éducation à s'impliquer davantage en recherche et à diffuser leurs travaux. A ce chapitre, le GREME reçoit tout rapport de recherche et toute réflexion critique dont la forme épouse aussi bien l'essai que la note inédite - mais de grande qualité - utilisée dans l'administration d'un cours.

Les monographies du Département des sciences de l'Education existent depuis 1977 et ont été créées afin de répondre à deux objectifs bien distincts: assurer une diffusion de qualité aux rapports de recherche ou aux réflexions critiques trop volumineux pour paraître dans une revue spécialisée mais trop spécialisés pour faire l'objet d'un livre à grand tirage; permettre également à tous les professeurs et à toutes les professeures de l'UQAR intéressés à l'éducation d'aller chercher très rapidement, au sein d'une communauté restreinte de lecteurs et de lectrices (une centaine de personnes), tous commentaires susceptibles d'améliorer la version finale d'un ouvrage conçu pour une plus large diffusion et donc soumis ultérieurement à un éditeur reconnu.

L'Editeur

Design de la
page couverture:
Richard Fournier

Dactylographie:
Denyse Saint-Pierre

© Ottawa, Canada 1983
- Michel Asselin
Robert Maguire
Gilles Mireault
Bernard Nadeau
Hélène Lachapelle
Colombe Pelletier
Pierre L. Ritchie
Pauline Côté
David Michaud
Simon Papillon
Nicole Royer
Tous droits réservés

Dépôt légal - premier trimestre 1983
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

TABLE DES MATIERES

	Page
PRESENTATION	
Le groupe de recherche et d'intervention	1
L'approche communautaire: vers une pratique élargie en santé mentale et physique. Allocution d'ouverture	
Pierre L. Ritchie	3
La prévention en santé mentale communautaire. Quelques réflexions.	
Bernard Nadeau	23
La santé communautaire, est-ce un mythe ou une réalité?	
Hélène Lachapelle, Colombe Pelletier	41
Santé physique et mentale: le support de la communauté.	
Gilles Mireault	53
Santé mentale et interventions communautaires: nouveaux défis pour les psychologues.	
Pauline Côté, David Michaud, Simon Papillon, Nicole Royer	69

Page

"L'intervention auprès des communautés, une affaire de stratégie et d'innovation où les plus audacieux l'emporteront sur les plus grands esprits bien instruits."

Robert Maguire 91

Michel Asselin 97

PRESENTATION

Principalement en Amérique du Nord, l'intérêt pour la psychologie communautaire est grandissant. A chaque année, lors de leur congrès annuel les psychologues américains, dans le cadre de "l'American Psychological Association", présentent un nombre impressionnant de recherches qui abordent des problèmes psychologiques dans une perspective communautaire. L'analyse de ces études nous permet d'observer à la fois un souci de prévention dans le domaine de la santé mentale et une préoccupation scientifique majeure pour considérer les variables biologiques, psychologiques et sociales dans le domaine du comportement humain. La revue spécialisée "American Journal of Community Psychology" publie essentiellement des recherches traitant directement du rapport entre les facteurs de l'environnement et les mécanismes d'adaptation dans le domaine de la santé mentale. Au Canada, la psychologie communautaire a pris un essor considérable depuis les cinq dernières années. Un certain nombre d'universitaires provenant principalement des universités d'Ottawa, de Montréal, de Toronto et du Manitoba ont lancé en 1982 la "Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire". Au Québec, l'U.Q.A.R. présentait en 1982 un programme de baccalauréat en psychologie et un dossier d'opportunité de maîtrise en psychologie, pour fin

d'approbation, au Conseil des universités et la psychologie communautaire en était l'orientation majeure. En décembre 1982, la "Revue Québécoise de psychologie" décidait de présenter un dossier spécial sur la psychologie communautaire à tous les psychologues de la province de Québec pour le mois de mai 1983. Ce dossier spécial étant alimenté principalement par les travaux effectués dans le domaine par le groupe d'intervention et de recherche en psychologie communautaire de l'U.Q.A.R. C'est au mois d'octobre 1981, qu'un groupe de recherche et d'intervention en psychologie communautaire fut formé parmi des psychologues provenant à la fois de l'université et du milieu. Mesdames Line Trépanier, C.L.S.C. Matane, Michèle Gervais, Hôpital Sainte-Anne-des-Monts, Nicole Royer, U.Q.A.R., et messieurs Michel Arsenault, C.L.S.C. Matane, Bertrand Olivier, C.L.S.C. Grande Vallée, Gilles Mireault, DSC Hôpital de Rimouski, Yves Gros-Louis, Hôpital Sainte-Anne-des-Monts et Simon Papillon, U.Q.A.R., composaient ce groupe. Le travail a d'abord porté sur l'organisation d'un colloque régional sur la psychologie communautaire. Les différentes parties de la présente monographie présentent les conférences majeures qui ont été prononcées lors du colloque tenu à l'U.Q.A.R. au mois de mai 1982 sous le thème "l'approche communautaire: vers une pratique élargie en Santé mentale et physique".

Le groupe de recherche et d'intervention
en psychologie communautaire

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE: VERS UNE PRATIQUE ELARGIE EN SANTE MENTALE ET PHYSIQUE.

Allocution d'ouverture

par: Pierre L.-J. Ritchie, psychologue
Professeur à l'Université d'Ottawa

Monsieur le Recteur, Membres du Comité Organisateur,
Chers Collègues,

Tout d'abord, je vous remercie de m'avoir invité à participer à ce colloque. Pour nous, les Québécois qui travaillons à Ottawa, c'est toujours un honneur particulier d'être reconnus chez nous.

Commençons par esquisser ce que je vais essayer de faire au cours de mon exposé. Mon objectif principal est tout simplement de vous provoquer! J'espère que cette provocation sera constructive; elle a pour but de promouvoir une conscientisation individuelle et collective des valeurs et des limites de l'approche communautaire. Je vais essayer de vous provoquer davantage au début et à la fin de cette conférence. Relativement à cet objectif, ma tâche est beaucoup plus facile dans le contexte d'une allocution d'ouverture. De plus en plus, je crois que nous devrions exiger de ces personnes de retourner à la fin du colloque pour faire une intégration de ce qui a été proposé et discuté pendant le colloque dans son ensemble. Mais, vous ne m'avez demandé que de servir comme stimulus et alors je vais respecter mon mandat.

J'ai essayé de choisir des sujets qui sont, de par leur nature, plus ou moins généraux, mais répondant, je

l'espère à l'intérêt général de ceux qui sont présents.

Je vais commencer avec l'élaboration de quelques principes fondamentaux de l'approche qui préoccupe notre attention aujourd'hui. A la suite, il y aura un bilan de l'historique, qui en raison du temps alloué, sera très bref. En terminant, nous considérerons quelques défis soulevés par cette approche. Mon espoir est que cette allocution d'ouverture vous offrira certains outils, soit conceptuels, soit pratiques, qui vous serviront dans vos ateliers.

VALEURS

En guise de provocation, je veux commencer en vous rappelant et en vous sensibilisant à l'importance de vos systèmes de valeurs. Dans l'approche communautaire, il est essentiel d'effectuer une prise de conscience de nos propres valeurs et de celles d'autrui. Il est important parce que nos valeurs sont implicites dans nos choix, autant dans nos omissions que dans nos actions. L'approche communautaire repose sur un respect mutuel entre tous qui partagent une entreprise commune. Je vous suggère que la pratique de la santé, que ça soit en tant que professionnel ou en tant que profane, est un travail partagé. Alors, pour

éviter l'imposition inconsciente de nos valeurs, pour arriver à une meilleure connaissance des principes sur lesquels nos actions sont fondées et pour apprécier le choix des personnes et les communautés avec qui nous partageons notre expertise, cette prise de conscience est nécessaire. L'approche communautaire a sa propre vision de l'homme et il ne faut pas le cacher. Ceux qui s'identifient avec ce phénomène ont la responsabilité de l'expliciter.

L'approche communautaire est basée - je dirais même enracinée - dans le respect des valeurs qui sous-tendent les choix particuliers. Sans avoir effectué notre prise de conscience, il est difficile d'acquérir une appréciation des valeurs qui sous-tendent les choix. Sans le faire, il n'est pas vraiment possible non plus d'identifier le rôle joué par ces valeurs dans le choix qui est fait. Nous aurons une meilleure chance de réaliser les attentes et les objectifs qui sont fondés sur une connaissance de valeurs - celles qui sont communes et celles qui sont différentes.

Ceci est très beau et assez facile à dire - surtout ici au Québec où la tendance assimilatrice a toujours été reçue avec une certaine méfiance. Mais, l'application de cet idéal dans le domaine de la santé n'est pas toujours facile. En effet, elle peut soulever des conflits, y inclus les dilemmes déontologiques. J'aurai plus à dire

à ce sujet un peu plus tard.

Pour le moment, je vais continuer avec un résumé des principes de base de ma conception de l'approche communautaire. Je crois qu'ils sont provocateurs dans le sens qu'ils dépassent les exigences ordinaires de la pratique professionnelle traditionnelle - un énoncé qui deviendra même plus clair dans l'élaboration des principes suivants.

Si la prise de conscience de nos valeurs est une première prémisse de l'approche communautaire, plusieurs autres prémisses la suivent de très près.

- CONCEPT UNIFIE

Au plan global, l'approche communautaire considère la personne et la communauté dans leur ensemble. La santé fait partie de la personne totale. Alors, toute distinction entre santé physique et santé mentale est artificielle. C'est une distinction quand même qui a eu une certaine utilité dans le développement de certaines connaissances et pratiques qui ont ouvert la porte aux découvertes importantes. Mais, comme une vision de l'homme qui peut tenir compte de l'interaction complexe, et souvent subtile, entre la physiologie et la psychologie, elle est incomplète.

L'approche communautaire s'oriente vers un concept unifié de la santé. C'est le sujet principal de l'Atelier III cet après-midi. En soi, le concept n'est pas difficile à comprendre, même si les philosophes ont écrit des tomes à ce sujet à travers l'histoire de l'homme. De plus en plus, les résultats de recherche scientifique en plusieurs domaines avancent notre compréhension de l'interaction entre la santé physique et la santé mentale. Nous sommes tous plus conscients de l'influence que certaines caractéristiques de personnalité peuvent avoir sur le bon ou le mauvais fonctionnement de certains systèmes physiologiques, par exemple le système cardiologique. Ces connaissances nous permettent aussi une meilleure compréhension de l'environnement de l'homme. En effet, nous sommes poussés à ne pas voir la personne et la communauté strictement dans leurs contextes humains. Un concept unifié de la santé alors nous mène à une perspective même plus globale et écologique.

J'aimerais terminer cette considération de principes fondamentaux en parlant de pouvoir et de responsabilité, concepts qui sont reliés de façon étroite dans cette approche.

POUVOIR

La question du rôle du pouvoir en soi peut être réglée assez vite. En théorie, le professionnel n'est pas l'objet de pouvoir par le simple fait d'être professionnel. Mais, en pratique, même si c'est moins vrai de nos jours que par le passé, le professionnel de la santé bénéficie d'une reconnaissance qui lui confère un pouvoir implicite. L'intention de l'approche communautaire n'est pas de diminuer le pouvoir du professionnel. Au contraire, c'est de le maximiser - mais de façon ouverte et explicite où l'expression de pouvoir est partagée et où elle est l'objet de scrutin. Par le fait même que notre position en société nous confère certains privilèges, nous avons la responsabilité de partager le pouvoir de nos connaissances et de notre expertise.

RESPONSABILITE

La question de responsabilité est partagée aussi. Commençons en soulignant que l'approche communautaire prévoit que chaque personne ou chaque communauté a la responsabilité de prendre en main le contrôle de sa vie, y inclus sa santé. Pour répondre à cette responsabilité et pour atteindre un vrai contrôle, la personne et les

groupes ont le droit d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires à ce but. Mais, nous sommes tous conscients qu'il y a des limites pratiques à ce qu'une personne ou même un groupe peut accomplir tout seul. Nous demeurons dans une société complexe. Même si les milieux ruraux sont de moins en moins renfermés et de plus en plus touchés par les agents physiques, sociaux et psychologiques qui viennent de l'extérieur. Alors, la santé n'est pas un accomplissement purement individuel. Elle est développée et maintenue en fonction d'une coopération et d'une collaboration entre plusieurs personnes, y inclus les professionnels de la santé, mais n'est pas limitée à ces influences. Alors, ces professionnels, quelle que soit leur discipline, ont le devoir et les responsabilités d'entrer dans des relations d'aide avec un esprit ouvert à une collaboration pratique pour donner réponse aux besoins immédiats et à long terme. Nous ne sommes plus des "petits dieux" autocratiques. Mais, nos connaissances et notre expertise sont des forces pour lesquelles nous ne devrions pas nous excuser. Au contraire, elles sont des caractéristiques, qui, bien utilisées dans le contexte d'un respect de l'humanité et des forces d'autrui, peuvent faire leur propre contribution à la santé des individus et des communautés de toutes sortes. Nous avons droit alors à une confiance légitime ancrée dans une appréciation des valeurs et des limites de nos forces actuelles.

En terminant cette discussion des principes fondamentaux de l'approche communautaire, j'aimerais faire remarquer ce qui est déjà, j'espère, très évident. Jusqu'à date, nous n'avons pas parlé de maladie mais de santé. Ceci n'est pas un hasard; c'est fondamental à l'approche. Par conséquent, il est essentiel que nous considérions l'utilisation de nos connaissances non seulement en donnant réponses aux maladies, qui en soi sont réelles et exigent une réponse sans délai, mais notre travail comme professionnels de la santé doit tenir compte des conditions qui peuvent nous aider à réaliser une vie saine dans tous les sens de cette expression. Nos interventions ne peuvent pas se limiter à la maladie. A l'intérieur d'une approche communautaire, nous sommes obligés de participer à la prévention. Nos interventions alors seront multiples.

BILAN HISTORIQUE

L'approche communautaire n'est pas nouvelle. Dans une forme ou l'autre, elle existe depuis longtemps. Elle est partagée par diverses disciplines, y inclus l'épidémiologie, la médecine, la psychologie et le travail social et sous plusieurs étiquettes, comme par exemple la santé publique et le mouvement de la santé mentale communautaire. Le but du bilan historique que je propose de faire n'est

pas de vous présenter en détail les faits de l'histoire de l'approche communautaire. L'objectif est plutôt de révéler certaines tendances qui sortent d'une perspective historique. En utilisant la santé mentale en général et la psychologie en particulier comme exemples pour illustrer cette analyse, je fais référence au domaine que je connais le mieux. Mais, au niveau conceptuel, ce sont des forces, des limites et des problèmes que nous pouvons trouver dans le domaine de la santé physique et dans d'autres domaines.

Au 19ième siècle, le travail de Pinel en France et de Dorothea Dia aux Etats-Unis a établi la tradition moderne dans le développement d'une approche de la santé mentale. Mais, leurs travaux ont été dépassés par des facteurs sociaux, économiques et idéologiques qui reléguaient la maladie mentale aux grandes institutions impersonnelles pour la majorité de la population et aux centres privés pour les privilégiés. Mais remarquons que l'objet des deux milieux était les soins de garde. Dans la première moitié du 20ième siècle, la révolution de la pensée engendrée par Freud a changé cette orientation vers le traitement. Mais, l'accent demeurait toujours sur l'individu et la source des problèmes de désordres psychologiques et de maladie mentale se trouvait chez l'individu.

Depuis 1950, et surtout dans les derniers 20 ans, deux évolutions parallèles ont engendré une approche communautaire qui a une perspective dynamique de l'interaction de la personne avec sa communauté et de leurs influences réciproques.

Dans le domaine clinique, les limites de la psychanalyse traditionnelle exigeaient le développement de nouvelles théories et pratiques. Parmi les approches cliniques des derniers 25 ans, nous trouvons celles qui ont à la base une conception de l'homme à l'intérieur des systèmes significatifs dans lesquels il passe sa vie. Les approches conjugales, familiales et de groupes sont toutes une réflexion de ce phénomène. Après avoir vu la personne dans le contexte de sa famille, il est plus possible de la voir dans sa communauté. En effet, tous les groupes dont la personne fait partie constituent des communautés. On va de là à une considération de ces systèmes ou communautés en donnant réponses aux problèmes actuels et en considérant les milieux naturels pour l'application d'une approche préventive.

En même temps que ces pratiques cliniques étaient en train de se développer, le mouvement de santé mentale communautaire a été adopté au sein des gouvernements comme le moyen de réaliser une transformation radicale dans les

services qui touchaient la maladie mentale. Cette approche était marquée par une acceptation du principe des responsabilités de la communauté dans son ensemble de répondre aux besoins de santé mentale de ses membres. Au Canada, ce principe était mis en vigueur en même temps que le système global de l'assurance-maladie tandis qu'aux Etats-Unis il n'a pas été accompagné par des changements majeurs dans le système de santé physique.

L'idéologie ou la base conceptuelle qui a engendré l'approche communautaire en santé mentale valorisait le rôle essentiel de la prévention; dans sa pratique elle a tenté de développer des nouvelles méthodologies pour réaliser cet idéal. Mais, en réalité la prévention a été souvent l'aspect le plus négligé dans la gamme des services. Les centres communautaires sont souvent l'objet de pressions pour offrir plus de services directs, c'est-à-dire des services traditionnels. En effet, les politiciens, les bureaucrates et très souvent la personne moyenne ont toujours tendance à demander aux professionnels de "guérir" les problèmes actuels de maladie mentale.

Les traditions diverses de l'approche communautaire aussi expliquent ce problème. La psychologie communautaire, comme exemple concret, illustre bien ce phénomène. Elle est née de deux traditions distinctes en psychologie.

D'une part, il y a la contribution de la psychologie sociale qui nous a été présentée avec les fruits de ses recherches théoriques et appliquées démontrant l'importance de voir la personne dans le contexte de son milieu et le rôle joué par les principes psychologiques dans l'interaction entre les individus, à l'intérieur, et entre les groupes de personnes. D'autre part, la tradition clinique a développé un vaste réseau de méthodes diagnostiques et thérapeutiques pour répondre aux besoins de personnes qui souffrent de problèmes psychologiques et d'adaptation. Il n'est pas difficile d'imaginer qu'une lecture attentive du développement de la psychologie communautaire nous amène à la conclusion qu'il y aura du conflit et des tensions dans l'application de ces deux traditions en créant l'approche communautaire. Par expérience personnelle, je peux vous dire que ces tensions sont toujours là. Ce n'est pas toujours une tension négative car les deux traditions servent comme stimulus l'une pour l'autre. Mais, comme tendance générale, nous remarquons que les "puristes" de la psychologie communautaire sont souvent ceux qui sont des non-cliniciens et qui ont leur base naturelle dans le milieu universitaire. C'est alors un paradoxe que les académiciens de la psychologie communautaire avancent plus vigoureusement la dimension préventive et se voient reconnus comme les "vrais" psychologues communautaires. Par contre, les cliniciens qui sont plus près de la

communauté dans sa réalité quotidienne sont souvent frustrés dans leurs efforts pour réaliser une meilleure répartition entre l'intervention tertiaire, c'est-à-dire clinique et les interventions secondaire et primaire, c'est-à-dire la prévention orientée vers les groupes qui sont en risque par l'entremise de programmes spéciaux et vers la population générale par l'entremise d'éducation populaire et d'action sociale. La réalité de la vie actuelle est tout simplement que le lien entre les deux approches et les deux traditions qui essaient d'engendrer une nouvelle approche communautaire n'est pas facile à réaliser. Ça n'est pas impossible non plus; je parle en tant que psychologue qui s'identifie volontairement comme psychologue-clinicien et psychologue-communautaire. Les deux rôles ne sont pas exclusifs et leur existence conjointe peut faciliter une tension à la fois constructive et créative.

Alors, en pratique c'est quoi l'approche communautaire? D'abord, c'est un travail qui reflète les principes déjà énumérés. A partir de ces principes de base il n'y a pas de formule globale ni une technique particulière qui la caractérisent. Elle est composée d'une diversité d'applications, y inclus l'identification des besoins, des forces et des problèmes relatifs à la santé; c'est la prévention; c'est l'organisation de groupes naturels de support; c'est en effet tout ce qui est orienté vers la communauté, soit

petite ou grande, l'aidant à sauvegarder et à améliorer sa qualité de vie.

Je voudrais maintenant résumer quelques principes de base qui ont été développés pour mettre en oeuvre des programmes de santé au niveau des communautés. Bloom (1971) a fait des suggestions particulières essentielles pour un travail efficace en santé mentale au niveau des communautés. Il encourage les professionnels de ce service 1) à se considérer comme travaillant pour la communauté, sans tenir compte de leur source de revenu directe; 2) à demander à la communauté de définir ses besoins quant à l'hygiène mentale; 3) à ne pas oublier qu'il leur appartient de signaler à la communauté ce qui a été appris à ce sujet; 4) à laisser la communauté établir ses propres priorités; 5) à aider la communauté dans le choix et le classement de ces priorités et 6) à se rappeler qu'afin d'atteindre ces buts, il sera peut-être nécessaire d'aider la communauté et ses divers éléments à s'organiser eux-mêmes.

Cohen (1974), en plus de reprendre les principes précédents, a également proposé que le professionnel de la santé s'efforce de déterminer et de concilier les intérêts professionnels et les intérêts de la communauté afin de développer un équilibre entre ces intérêts professionnels

et les besoins exprimés par la communauté. De plus, elle a suggéré que ceux qui s'occupent du développement des programmes auprès de la communauté déterminent et apportent une attention particulière aux sources réelles et possibles de conflit entre les groupes qui, à l'intérieur de la communauté, s'occupent du développement et de la mise en oeuvre de ces programmes. En agissant ainsi, les professionnels ont donc la responsabilité supplémentaire d'essayer d'organiser ces différents éléments, non seulement pour solliciter leurs contributions, mais aussi pour faciliter leur influence mutuelle. Cohen signale l'équilibre délicat que les professionnels de la santé, travaillant dans le cadre de la communauté, doivent développer en prévoyant les problèmes et les besoins des programmes, tout en étant capables en même temps de réagir devant les besoins établis de la communauté. Enfin, elle met l'accent sur l'importance de prévisions réalistes. Selon ma propre expérience, on ne soulignera jamais assez l'importance de ce dernier but. Une fois ses espérances fondées, si une communauté les voit s'effondrer, elle hésitera totalement à débuter de nouveaux programmes à l'avenir. Il est facile, particulièrement pour un domaine jeune et en croissance qui essaie d'évaluer les besoins de la communauté et de développer des programmes pour satisfaire ces besoins, d'offrir des solutions et des programmes plus étendus, sans considérer les limites réalistes de la mise en oeuvre immédiate

de ces programmes. Néanmoins, c'est une responsabilité de base que de songer à ces limites.

DEFIS ET LE FUTUR

Avant de résumer mon impression des principaux défis qui confrontent l'approche communautaire à l'heure actuelle, je devrais vous rappeler que les défis ont été abordés tout au long de cette présentation. Je vais maintenant en résumer quelques-uns sous forme de questions. Je vous lance le défi de les considérer à l'intérieur des ateliers où les vrais fruits de ce colloque seront réalisés.

1) Que faisons-nous quand les valeurs de la communauté ne semblent pas être partagées avec les nôtres comme professionnels de la santé à qui l'approche communautaire tient à coeur? Plus spécifiquement, comment pouvez-vous concilier le respect des valeurs d'autrui et votre désir de promouvoir le changement afin de réaliser une santé physique et mentale plus saine quand les implications du changement risquent de dépasser un mode de vie traditionnel ou de mettre en question une économie basée sur les structures qui produisent des résultats néfastes pour l'écologie globale?

2) Comment pouvons-nous faire face à l'attente d'être l'expert qui devrait avoir toutes les réponses avec notre approche qui met l'accent sur le choix des gens qui auront à vivre avec la décision?

3) Et aussi, comment pouvons-nous réagir à la réalité qui nous confronte en respectant à la fois nos propres valeurs, les valeurs d'autrui et ce que nos connaissances nous révèlent?

4) Est-ce que nous devrions entrer directement dans l'action sociale ou faire nous-mêmes des gestes politiques? Est-ce qu'on devrait même les encourager chez les personnes et les groupes avec lesquels on travaille?

5) Quels sont les risques pratiques, professionnels et moraux de ne rien faire?

Je vous remercie une fois de plus de m'avoir invité et de votre attention. J'attends avec plaisir l'occasion de vous rencontrer de façon plus personnelle au courant de l'après-midi. J'espère que cette allocution d'ouverture a répondu à quelques-unes de vos attentes. Qu'elle l'ait fait ou non, j'espère toujours qu'elle vous a au moins provoqué un peu!

Je termine avec les mots de St-Exupéry:

"Pour comprendre l'homme et ses besoins, pour le connaître dans ce qu'il a d'essentiel, il ne faut pas opposer l'une à l'autre l'évidence de vos vérités. Oui, vous avez raison. Vous avez tous raison. La logique démontre tout...

Il faut, pour essayer de dégager cet essentiel, oublier un instant les divisions, qui une fois admises, entraînent tout un Coran de vérités inébranlables et le fanatisme qui en découle. On peut ranger les hommes en hommes de droite et en hommes de gauche, en bossus et en non bossus, en fascistes et en démocrates, et ces distinctions sont inattaquables. Mais la vérité, vous le savez, c'est ce qui simplifie le monde et non ce qui crée le chaos. La vérité, c'est le langage qui dégage l'universel. Newton n'a point (découvert) une loi longtemps dissimulée à la façon d'une solution de rébus, Newton a effectué une opération créatrice. Il a fondé un langage d'homme qui pût exprimer à la fois la chute de la pomme dans un pré ou l'ascension du soleil. La vérité, ce n'est point ce qui se démontre, c'est ce qui simplifie."

LA PREVENTION EN SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE...

QUELQUES REFLEXIONS

par: Bernard Nadeau, psychologue

Il est devenu un peu à la mode de promouvoir les bienfaits de la prévention. Les dictons populaires comme "Mieux vaut prévenir que guérir" et "Gouverner, c'est prévoir" confirment les préjugés populaires favorables à cette philosophie.

Cependant, le contenu de l'approche préventive demeure le plus souvent nébuleux, ouvrant ainsi la porte à de nombreuses critiques des milieux administratifs. La prévention est alors perçue comme un concept "ouaté", vision d'un avenir plus rose, action peu concrète et difficilement évaluable. Pourtant de nombreuses expériences réalisées au cours des dernières années, nous aident à préciser les concepts et ainsi à mieux définir l'action entreprise de même que son évaluation à court, moyen et long terme.

L'objet du présent article est donc de présenter l'objet de l'intervention préventive ainsi que les différentes stratégies permettant une action plus efficace dans le milieu. Les problèmes inhérents à l'évaluation des programmes seront aussi abordés.

NOUVELLE APPROCHE... NOUVEAUX MOTS

L'histoire québécoise de la psychologie s'associe

étroitement à l'évolution des courants théoriques nord américain et européen. Ainsi, la première moitié du 20e siècle se caractérise particulièrement par l'ascension du modèle médical dans lequel la "maladie mentale" fait référence à un ensemble de symptômes dits pathologiques ou anormaux.

Au cours des dernières décennies, nous avons vu naître le mouvement socio-communautaire axé sur la "santé mentale", c'est-à-dire l'ensemble de conditions favorisant l'épanouissement de la personne dans son environnement. Cette approche, qui favorise aussi l'intégration, met donc l'accent en particulier sur l'intervention en état de crise et la prévention. Le concept traditionnel de normalité est remplacé par celui de normalité fonctionnelle, impliquant un fonctionnement harmonieux (équilibre) entre les capacités internes de l'individu et les attentes réalistes du milieu.

L'adaptation mutuelle personne-environnement se définit donc comme un mouvement actif et se situe au carrefour de l'intervention préventive. En ce sens, la prévention représente une révolution en santé mentale puisqu'elle remet en question le caractère médicalisé des interventions psychothérapeutiques individuelles en mettant l'emphase sur la relation dynamique personne-environnement (contextes). Ce vent communautaire qui souffle depuis plusieurs années

déjà entraîne aussi une révision du concept même de communauté. En effet souvent identifiée au territoire géographique où une personne habite, la communauté se définit désormais comme "la personne dans son habitat". Cette nouvelle conception entraîne non seulement une étude de la relation intime personne-milieu mais aussi et surtout une vue nouvelle de l'ensemble des interactions entre les gens et l'utilisation des forces du milieu immédiat comme ressources.

Le mouvement préventif ne s'est donc pas développé de façon isolée mais s'associe étroitement à plusieurs autres courants de pensée dont le mouvement d'intégration des personnes en difficulté, l'approche écologique et l'ensemble du mouvement communautaire en santé mentale.

MIEUX VAUT PREVENIR...

S'inspirant de la médecine préventive, c'est Caplan (1964) qui a mis à jour le concept de "psychiatrie préventive' basé sur le principe que les besoins des humains nécessitent une alimentation appropriée à un niveau de développement spécifique. Une carence au niveau de celle-ci peut entraîner des désordres psychologiques tout comme le manque de nourriture provoque une malnutrition. Caplan,

en 1964, n'était pas le premier à parler de prévention mais il est un des pionniers à adapter les différents concepts préventifs à la psychologie en mettant l'emphase sur l'intervention en état de crise (Boulanger, Kiely, 1978).

Selon l'ensemble des modèles conceptuels élaborés depuis, la prévention dite primaire vise essentiellement à réduire l'incidence (nombre de personnes atteintes pendant une certaine période de temps) de la psychopathologie dans la communauté. Ainsi, les efforts préventifs sont particulièrement orientés d'une part vers l'environnement à changer et d'autre part vers la capacité des individus à interagir correctement avec les situations dans leur environnement. Cowen (1977) ajoute que l'intervention préventive de type primaire doit être dirigée de façon impersonnelle vers des groupes ou des communautés.

La réduction de l'incidence d'un phénomène nécessite une définition claire des types de comportements ou d'états émotionnels, objets de l'action préventive. Comme pour les affections physiques, l'objet de la prévention primaire n'est pas la santé en général mais s'attaque plutôt, comme le soulignent Kessler et Albee (1975), à certains modes de vie ou types de comportements résultant de formes identifiables de stress pour lesquelles l'individu

n'a pas les ressources d'adaptation voulues ou les capacités victorieuses d'affrontements.

Cette réduction de l'incidence, c'est-à-dire du nombre total de nouveaux cas dépistés pendant une certaine période de temps, nécessite donc une intervention orientée soit vers les conditions environnementales ou les compétences individuelles d'adaptation. L'objet de la prévention peut donc être décrit selon le rapport suivant:

$$\text{Incidence} = \frac{\text{stress des conditions environnementales}}{\text{compétence et facultés individuelles d'adaptation}}$$

L'objectif de l'intervention préventive primaire est donc soit la diminution du stress environnemental ou l'augmentation des compétences individuelles pour faire face aux situations stressantes.

Le niveau préventif secondaire se distingue de la prévention primaire puisqu'il nécessite au départ une opération de dépistage. Ce type d'intervention n'est pas dirigé de façon impersonnelle vers l'ensemble de la population mais plutôt vers des groupes cibles présentant certaines caractéristiques de vulnérabilité face à la pathologie.

Quant au niveau de prévention tertiaire, il vise la réduction de l'importance des séquelles de l'inadaptation. Il nécessite donc des interventions dirigées vers les personnes ayant déjà vécu certaines difficultés afin que celles-ci vivent une réinsertion communautaire positive.

LA PREVENTION... OUI MAIS

Même si l'objectif de la prévention primaire est noble, on constate que cette approche ne jouit pas d'un appui administratif inconditionnel. En effet, souvent les projets préventifs subventionnés à même "des fonds de tiroirs" sont les premiers touchés lors de coupures budgétaires... par exemple. Il importe d'en cerner les causes ou du moins certains éléments.

Notre société fonctionne relativement sans continuité. Le court mandat des législateurs entraîne un intérêt marqué pour les objectifs à court terme et les solutions rapides, de préférence aux actions ne produisant qu'un effet à long terme. La prévention suppose des efforts et des investissements dans l'immédiat en vue d'une rentabilité future... Ce point de vue est plus ou moins rentable politiquement.

Les gens sont "naturellement" attirés par la psychiatrie, la psychologie clinique, le nursing et d'autres professions du secteur de la santé mentale en raison du caractère concret de l'approche, axée sur le traitement et l'engagement dans des interventions interpersonnelles. L'image que nous offrent les médias sur l'activité quotidienne des professionnels du secteur de la santé est à ce point teintée par ce type d'intervention et sa valeur thérapeutique qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que la prévention primaire, en tant que philosophie, soit plus ou moins favorisée par les groupes de professionnels et d'administrateurs qui tiennent à cette image.

Une troisième explication de la résistance dont les approches préventives sont l'objet, est fournie par l'accent très marqué sur les changements sociaux et environnementaux nécessaires. Ces dernières interventions sont souvent perçues comme menaçantes par les gens qui détiennent les pouvoirs.

Enfin, une dernière objection concerne l'évaluation trop souvent nébuleuse des programmes préventifs. Les administrateurs aiment les preuves concrètes basées sur des statistiques et des données objectivement observables. Trop souvent, l'évaluation des programmes ne résume qu'un ensemble de perceptions très subjectives sur ce qui a bien

ou mal été au niveau du déroulement. Quant aux effets de l'intervention...

DES CONCEPTS A LA STRATEGIE...

Le rapport proposé par Georges Albee est très intéressant mais comment celui-ci peut-il s'opérationaliser de façon réaliste. Un article de Bloom (1980) tiré de la revue "Journal of Prevention" nous donne quelques indications à ce sujet. Une première piste d'intervention se situe au niveau des facteurs environnementaux: la réduction du stress nécessite des changements dans les milieux physiques et sociaux puisque toutes situations de stress causées par le milieu supposent qu'un ensemble complexe de variables sont en interaction les unes avec les autres. Ce type d'intervention nécessite au départ une définition précise des variables à modifier et des moyens utilisés. Ceux-ci peuvent se situer au niveau physique, administratif, juridique ou politique.

Le deuxième type de stratégie consiste à s'efforcer d'accroître chez les gens la capacité de faire face aux problèmes de la vie et ainsi développer un large éventail d'aptitudes renforçant leurs capacités d'adaptation. Ces compétences à acquérir peuvent se situer au niveau physique,

cognitif ou affectif.

Par ailleurs, au niveau théorique, plusieurs approches nous permettent de mettre en lumière différentes stratégies d'intervention. La conception épigénétique du développement humain telle que formulée par Erikson contribue à mettre en lumière des interventions à tous les niveaux d'âge et étend les possibilités d'action des psychologues à l'échelle de la communauté. Selon Boulanger et Kiely (1978), la théorie du développement accordant un sens positif au concept de crise évolutive nous permet de dégager un modèle d'action préventive en psychologie communautaire. Elle incite à songer à un type d'intervention sociale susceptible de préparer les personnes avant même que la crise éclate.

Un autre modèle théorique intéressant est celui proposé par la psychologie communautaire. Dans cette optique, le psychologue a pour tâche d'aider la communauté à définir ses besoins et utiliser son potentiel et ses ressources à des fins de développement. La stratégie préventive consiste donc à utiliser pleinement les ressources disponibles dans la communauté. Les différents programmes d'entraide sont des exemples intéressants d'utilisation des forces communautaires.

Selon la psychologie communautaire, les comportements humains sont considérés comme le produit des interactions réciproques entre les individus, les organisations et les environnements (contextes). Les études suggèrent donc qu'une pathologie du comportement est reliée aussi bien quantitativement que qualitativement aux caractéristiques de la communauté où cette pathologie se manifeste. Comme le mentionnent Moreau et Kiely (1975) et Kelly (1968), la communauté ne peut plus être considérée comme une entité statique puisqu'elle participe activement par ses demandes, ses exigences et ses restrictions au modelage du comportement individuel. La personne est donc en situation écologique.

En écologie, les sciences naturelles sous-tendent la notion d'équilibre qualitatif entre les organismes et les environnements. Tout réseau social, si petit soit-il, comprend donc des organismes et des ressources naturelles mutuellement interdépendantes. C'est le concept de l'interdépendance individus-organisations-environnements (Barker, 1965, 1968).

Selon l'approche écologique humaine, toute communauté est un écosystème constitué d'un réseau complexe de besoins et de ressources. A partir de l'analyse de ces systèmes, McCulloch (1980) trace certaines pistes d'interventions

orientées vers les différents niveaux de systèmes. Elle suggère par ailleurs d'orienter l'action préventive selon les principes fondamentaux qui régissent le fonctionnement des communautés, c'est-à-dire l'adaptation mutuelle, l'interdépendendance, le recyclage des ressources et la succession.

Plusieurs courants théoriques dont les mouvements éricksonniens, communautaires et écologiques nous aident à cerner les différentes composantes des stratégies en intervention préventive mais il importe aussi de définir de façon précise les principaux modèles d'évaluation de programmes puisque ceux-ci s'avèrent des éléments de survie importants aux programmes expérimentés.

NOTRE SURVIE... L'EVALUATION

L'évaluation constitue en quelque sorte "la planche de salut" ou si on veut la ceinture de sécurité de l'aventure préventive. C'est pourquoi la première étape de l'évaluation consiste à bien définir (c'est-à-dire de façon opérationnelle) les phénomènes que nous désirons prévenir et les variables que nous désirons changer (bref, la nature de l'incidence).

Ainsi, l'évaluation de la réaction de ces variables à l'intervention menée constitue un premier aspect de l'évaluation. En un mot, est-ce que l'intervention effectuée a permis effectivement de modifier les variables environnementales ou comportementales auxquelles le programme s'adresse. De plus, il est très important de ne pas limiter notre centre d'intérêt aux uniques variables préalablement définies. En effet, plusieurs variables non prévues peuvent influencer les résultats.

Dans un deuxième temps, il s'agit de déterminer si effectivement la modification de ces dimensions a eu une influence sur l'incidence comme telle du phénomène à prévenir. Même si nous avons réussi à influencer l'environnement ou les compétences individuelles, cela n'implique pas automatiquement que l'incidence du phénomène soit réduite. Nous devons donc évaluer le niveau de base de l'incidence et le niveau post-intervention. Un autre aspect important est l'évaluation du processus. "The process is as important than the result"... dit-on! En effet, à quoi servirait un résultat très positif si l'insatisfaction, par exemple, des participants est générale. De même, ce qui peut sembler un échec au niveau des effets peut s'avérer une démarche très intéressante. Par ailleurs, nous devons aussi considérer que toute modification de l'équilibre environnemental a des répercussions à tous les

niveaux de système c'est-à-dire du macro au micro-système. Cette notion d'interdépendance des systèmes a d'ailleurs été longuement élaborée par Brofenbrenner (1977). Selon lui en effet la tentative de modification d'un système entraîne une meilleure compréhension des forces et des résistances de ce dernier puisqu'il tend naturellement vers l'équilibre. Cet équilibre communautaire peut aussi être l'objet d'une évaluation approfondie lors de l'analyse des effets d'un programme préventif.

L'évaluation des programmes a donc à la fois un caractère scientifique (vérification de variables) mais différent des recherches effectuées en laboratoire où les variables sont soigneusement contrôlées. L'intervention communautaire est en soi un défi. L'évaluer en est un de taille aussi! (voir Morell, 1981).

VERS LE CHANGEMENT COMMUNAUTAIRE...

Tout travail préventif nécessite des changements profonds à la fois dans la structure environnementale et la dynamique de l'interaction entre les gens et leur communauté.

La recherche dans ce domaine s'ouvre donc directement

vers les concepts reliés à la prise en charge communautaire et aux structures même des communautés "en équilibre". En ce sens, la prévention constitue certainement l'une des rampes importantes du développement communautaire. Il importe que celle-ci s'appuie comme le dit Goldson (1977) sur une base de connaissances scientifiques et non pas seulement sur l'idée de service social fondée sur des aspirations humanitaires ou paternalistes.

Et cette tâche qui s'offre à nous, elle est passionnante!

REFERENCES

BARKER, R.G. (1965) "Exploration in human ecology". American Psychologist, 20, 1-14.

BARKER, R.G. (1968) Ecological psychology. Stanford: Stanford University Press.

BOULANGER, Jocelyne; KIELY, Margaret C. (1978) "La contribution théorique d'Erikson à la psychologie communautaire". Contribution à l'Etude des Sciences de l'homme, 9, 161-166.

BROFENBRENNER, V. (1977) "Toward an experimental ecology of human development". American Psychologist, 32, 513-531.

CAPLAN, G. (1964) Principles on preventive psychiatry. New York: Basic Books.

COWEN, E.L. (1977) "Baby steps toward primary prevention". American Journal of Community Psychology, 5, 1, 22.

GOLDSON, S.E. (1977) "Primary prevention: a view from the federal level" in Primary Prevention of Psychopathology, Albee, G.; Joffe, M. (Ed.). Hanover: University Press of New England.

KELLY, J.G. (1968) "Toward an ecological conception of preventive interventions" in Carter, J.W. (Ed.): Research contributions from psychology to community mental health (pp. 75-99). New York: Behavioral Publications.

KESSLER, M.; ALBEE, G.W. (1975) "Primary prevention". Annual Review of Psychology, 26, 557-591.

McCULLOUGH, Patricia, C. (1980) "The ecological model: A framework for operational. Prevention". Journal of Prevention, 1 (1), 35-43.

MORELL, J.A. (1981) "Evaluation in prevention: Implications from a general model". Evaluation and Prevention in Human Services, 1 (1-2-), 7-41.

LA SANTE COMMUNAUTAIRE

EST-CE UN MYTHE OU UNE REALITE?

par: Hélène Lachapelle, directrice
du module Sciences de la Santé,
professeure à l'Université du
Québec à Rimouski

Colombe Pelletier, étudiante
en Sciences de la Santé (nursing)

NOTE: Dans l'article qui suit, l'ordre de quelques pages a été inversé.

Les pages 43 et 44 deviennent 45 et 46.
Les pages 45 et 46 deviennent 43 et 44.

La pratique sanitaire était de plus en plus dévalorisée par les médecins des hôpitaux au détriment de l'approche préventive.

En même temps, l'Etat délaissait ce champ d'activité pour s'orienter vers d'autres types d'interventions: Régime d'assurance-hospitalisation, régime universel d'assurance-maladie. En effet, toutes les politiques gouvernementales étaient basées sur l'accessibilité aux soins curatifs et sur le développement technologique de la médecine.

Les années 70 ont été marquées par des commissions d'enquêtes d'envergure. Les systèmes de santé devenaient très chers aux gouvernements canadien et québécois et il n'y avait pas d'indice d'amélioration de la santé des canadiens(ennes) et des québécois(coises).

De plus, les concepteurs de la réforme ont formulé une philosophie de la santé qui se voulait à la fois une médecine globale et une médecine axée sur la personne. Ces concepts n'étaient qu'une diversion de la médecine préventive.

Selon Laforest (1976), par médecine globale, on entend "la gamme complète des soins: prévention, diagnostic,

traitement et réadaptation". Par "médecine axée sur la personne" on suggère simplement que le médecin reconnaisse l'importance des relations humaines avec le patient et la famille.

D'autre part, l'Etat dit clairement qu'il ne lui appartient pas d'améliorer l'habitat, le milieu de vie car cela appartient plutôt aux professionnels(elles) des sciences écologiques et autres.

En effet pour Laforest (1976), le concept de santé tel que l'opérationalise le régime de santé du Québec reste, à peu de chose près, tributaire du modèle médical.

Avec la loi sur la santé et les services sociaux de 1972, l'Etat créait les départements de santé communautaire (DSC), les CLSC, etc. Ces centres étaient à vocation préventive. Les DSC étaient responsables de la création des programmes et les CLSC les appliquaient. Les CLSC avaient pour but de mieux adapter les services aux besoins de la population. Ces centres voulaient amener une large participation populaire dans leurs premières années d'implantation, "sur le milieu" et la prise en charge par les usagers des orientations de leur développement économique et social (Lesmann, 1981).

Depuis les réformes dans le domaine de la santé de la dernière décennie, et plus particulièrement dans les années 80, plusieurs professionnels(elles) de la santé optent pour la santé communautaire. C'est un concept "à la mode". Plusieurs universitaires de différentes concentrations utilisent le concept de santé communautaire, tous et toutes veulent répondre aux besoins de la communauté.

D'où vient cet intérêt subit pour la santé communautaire? Comment peut-on parler d'une approche communautaire quand dans notre société, l'Etat et les professionnels(elles) de la santé rendent responsable l'individu de sa santé, mettant sur les tablettes l'approche environnementale.

Comment les professionnels(elles) de la santé peuvent-ils répondre aux besoins des individus quand leur formation est axée sur une approche individuelle?

Les professionnels(elles) de la santé militent dans des zones de pouvoir au lieu de s'impliquer dans des regroupements populaires, peut-on alors parler de l'approche communautaire?

Pourtant plusieurs travailleurs et travailleuses de la santé remettent en question leurs pratiques communautaires. D'autres utilisent le même discours théorique que

les précédents mais demeurent très conservateurs et conservatrices dans leur approche communautaire ou se servent de ce discours pour obtenir des privilèges d'un système politique. La santé communautaire est-ce un mythe ou une réalité?

La santé communautaire n'est pas quelque chose qui "tombe du ciel". Pas tellement loin de nous, les unités sanitaires furent les pionniers de la santé communautaire.

Dans les années 1930 à 1960, les unités sanitaires concurrençaient les cabinets privés. Les travailleurs et travailleuses subissant la crise économique (mise à pied, chômage...) se voyaient obligés d'utiliser les unités sani-taires puisque la pratique privée demandait une rémunération. Les gens optaient pour les unités sanitaires. Déjà, on pratiquait une médecine de classe. La pratique médicale dans les unités sanitaires était valorisée durant cette période. Les interventions du personnel dans les unités sanitaires étaient basées sur une intervention individuelle.

Selon Dumas (1975), à mesure que la pratique médicale a évolué, la médecine générale pratiquée en cabinet privé ou sous forme de visite à domicile a cédé le pas à une médecine spécialisée, pratiquée surtout à l'hôpital et très bien rémunérée.

Par ailleurs, dans les milieux défavorisés, les citoyens et les citoyennes s'étaient dotés(es) de comités de citoyens ayant comme objectif la défense de leurs droits. L'arrivée des CLSC menaçait en quelque sorte leur prise en charge dans les regroupements populaires. Les professionnels(elles) de la santé devenaient les acteurs principaux plutôt que les comités de citoyens.

En effet, certains groupes populaires, qui avaient déjà mis sur pied leur propre service communautaire, dénonçaient la stratégie du gouvernement lors de la présentation de mémoires à la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi de la réfome des services sociaux sanitaires (loi 65).

"La clinique communautaire de Pointe St-Charles à Montréal déclare que la loi 65, c'est une matraque à la participation des citoyens enlevant tout le contrôle de leurs services de santé et de leurs services sociaux" (Lesmann, 1981, p. 198).

D'autre part, au Canada en 1974, le ministère de la Santé et du Bien-être social publiait: "Nouvelle perspective de la santé des canadiens" qui comportait quatre éléments: la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Jusqu'à maintenant,

la priorité du gouvernement a été l'organisation des soins de santé.

Les politiques gouvernementales et la formation éducative ont influencé les pratiques des professionnels(elles) de la santé.

En effet, les gouvernements, ainsi que les praticiens et les praticiennes ont tendance à tenir compte seulement des habitudes de vie des individus dans leurs interventions, oubliant ainsi l'approche environnementale. La personne devient donc la cause de son état de santé c'est-à-dire, l'unique responsable de ses problèmes de santé.

Pour Crawford (1981), cette conception masque la véritable nature de la crise actuelle de la santé. Pour lui, cette diversion crée une contradiction croissante entre la production sociale de la maladie et le fardeau d'un système médical coûteux et inefficace. Cette conception amène des solutions destinées à reproduire les rapports de classes existants.

De plus, pour Crawford (1981), cette crise est liée à trois phénomènes: la crise des coûts, la politisation de la production sociale de la maladie et le droit aux soins de santé.

La crise des coûts est marquée par l'inflation dans le secteur de la santé; elle coïncide avec les crises économique et fiscale. Par exemple, le travailleur et la travailleuse américain(ne) consacrent un mois de salaire aux seuls frais médicaux et en même temps on diminue les programmes sociaux de façon générale.

La politisation de la production sociale de la maladie est signifiée par la prise de conscience de l'opinion face aux dangers environnementaux. Par exemple, pour la communauté scientifique, 70% à 90% des cancers sont attribuables à l'environnement. Cette politisation est aussi marquée par les nouvelles catastrophes écologiques. Par exemple, huit cent mille personnes, en juin 1982, à New York ont manifesté pour la paix.

Le droit aux soins de santé est de plus en plus précaire car plus la crise économique augmente, plus on diminue les programmes sociaux (par exemple, les "tickets modérateurs"). Les gens ont encore des attentes très grandes vis-à-vis la médecine dues à une peur croissante de la maladie.

Rendre l'individu uniquement responsable de la santé amène selon Crawford (1981) deux conséquences importantes sur la santé. Premièrement, c'est une façon de réorienter

les attentes de la population et de justifier la mise au rancart du droit aux services. Par exemple, avant on reprochait aux pauvres d'être méfiants vis-à-vis les services, aujourd'hui de trop les utiliser. Deuxièmement, cette idéologie minimise l'importance des données relatives aux nuisances du milieu. Elle ordonne aux gens d'être responsables à un moment où les individus deviennent moins capables de maîtriser les facteurs du milieu qui affectent leur santé. Au lieu de mettre l'emphase sur l'aspect environnemental, on dirige tous les efforts aux niveaux comportemental, culturel et psychologique. Pourtant, plusieurs études font le lien entre la maladie et la richesse.

La remise en question actuelle devrait porter différents éléments de la pratique communautaire dont:

la prise de conscience des causes socio-économiques de la maladie;

l'approche globale de la santé;

l'action préventive prioritaire;

l'évaluation de la santé communautaire à long terme;

le développement et l'implication des groupes de base autonomes en vue de favoriser la prise en charge de la communauté;

l'appui des centrales syndicales;

l'affectation de professionnels(elles) aux groupes populaires;

l'égalité et la complémentarité à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire;
la dénonciation du discours progressiste du gouvernement (Bill 65).

Il nous apparaît que ces éléments ne peuvent se réaliser à court terme, mais s'inscrivent dans un processus de conscientisation, de sensibilisation en vue de l'engagement des professionnels(elles) vis-à-vis de la communauté.

REFERENCES

DUMAS, A. "La médecine et montant." Recherche sociographique, 16 (1), 1975.

LAFOREST, L. "La prévention au Québec, une priorité oubliée." Critère, No 13, juin 1976.

LESMANN, F. Du pain et des services, la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Montréal, Editions Coopératives Albert St-Martin, 1981.

CRAWFORD, K. C'est de ta faute: l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé. Médecine et société des années 80. Montréal, Editions Coopératives Albert St-Martin, 1981.

SANTE PHYSIQUE ET MENTALE:

LE SUPPORT DE LA COMMUNAUTE

par: Gilles Mireault, psychologue
Département de Santé Communautaire de Rimouski

INTRODUCTION

Nous assistons depuis plusieurs années à l'éclosion d'une multitude de groupes d'entraide dans notre société. Alcooliques anonymes, Maison des Femmes, association de familles monoparentales, AFEAS, action-chômage. Tous ces regroupements et bien d'autres permettent à plusieurs personnes de partager soit un intérêt, une cause, un problème qui leur tient à coeur. L'apparition de ces mouvements reflète bien l'importance de la présence d'autrui pour partager des préoccupations, entreprendre des actions et souvent obtenir des résultats dans une société où le culte de la personnalité valorise l'action individuelle au détriment de l'action collective. Ces mouvements représentent également un aspect important de ce qu'on nomme habituellement le support de la communauté. Un aspect seulement car le support communautaire se présente sous diverses facettes quelquefois moins structurées que dans les groupes d'entraide.

On peut définir le support de la communauté comme l'ensemble des échanges interpersonnels de nature affective, cognitive et matérielle dont la qualité et la quantité permettent à une personne non seulement de combattre, d'atténuer ou de modifier de manière substantielle les

effets du stress sur sa santé mais également de découvrir, expérimenter et enrichir de moyens nouveaux les ressources dont elle dispose pour améliorer cette dernière.

Cette définition personnelle concède beaucoup de poids aux relations interpersonnelles dans l'état de santé des personnes. Evidemment, d'autres aspects comme l'environnement contribuent à déterminer la qualité de la santé mais il n'en demeure pas moins qu'ultimement, c'est par le canal des rapports interpersonnels que se dessinent les balises des attentes, des préjugés, des attitudes et du comportement qui orientent les habitudes de vie et donc les choix de chacun face à sa santé.

De fait, la qualité des échanges interpersonnels d'un individu dans sa famille, avec ses amis, au travail et dans sa communauté s'avère présentement le critère le plus valable pour prédire la résistance aux situations de stress physique et physiologique. Quels que soient votre maladie, votre passé familial, votre potentiel intellectuel, vos traits de personnalité et même le type d'événements pénibles que vous vivez, dans la mesure où vous entretenez des liens soutenus avec des parents, amis ou voisins, il est probable que vous souffrirez beaucoup moins et que votre santé physique et mentale sera meilleure que celle de la personne isolée socialement.

Cette constatation ainsi que ses implications sur les pratiques de soins en santé physique et mentale feront l'objet de nos échanges de cet après-midi. Mais avant d'amorcer le débat, j'aimerais apporter quelques éléments qui permettront, je l'espère, d'étoffer notre réflexion sur ce sujet.

Dans un premier temps, je vous propose de regarder ensemble quelques résultats de recherche portant sur l'importance du support social comme agent prophylactique en santé physique et mentale. En second lieu, je tenterai d'expliciter très brièvement les éléments dynamiques qui confèrent au support social l'impact que nous lui connaissons présentement. Enfin, et dans le but de lancer la discussion, je vous ferai part de quelques-unes des répercussions sur les pratiques de santé qu'amène à considérer le support communautaire comme ingrédient essentiel d'une bonne santé mentale et physique.

SUPPORT SOCIAL, SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

A la lumière des études effectuées au cours des vingt dernières années, il apparaît de plus en plus évident que l'appartenance à un groupe social (famille, amis ou organisation) diminue de manière significative les incapacités

et le risque de mortalité.

Ainsi, des chercheurs américains ont suivi pendant une dizaine d'années (de 1965 à 1975) sept mille (7000) personnes âgées de 30 à 70 ans pour mesurer leur risque de mortalité. Ils ont créé un index de réseau social afin de mesurer la quantité et la qualité des contacts avec des amis, de l'appartenance à une église et de la participation comme membre d'un groupe social.

Le tableau I montre les risques de mortalité à chaque âge en fonction du résultat obtenu à l'index de réseau social. Globalement, on constate que peu importe l'âge chez les hommes[1], un score élevé à l'index de réseau social diminue les chances de mourir. En plus de cette conclusion intéressante, les auteurs se sont aperçu que leur index de réseau social est capable de prédire le risque de mortalité de manière plus efficace que par exemple, le niveau socio-économique, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'utilisation des services préventifs de santé.

Les conclusions sur les risques de mortalité concordent également avec les données sur l'état de santé mentale de certaines populations. Ainsi, une recherche

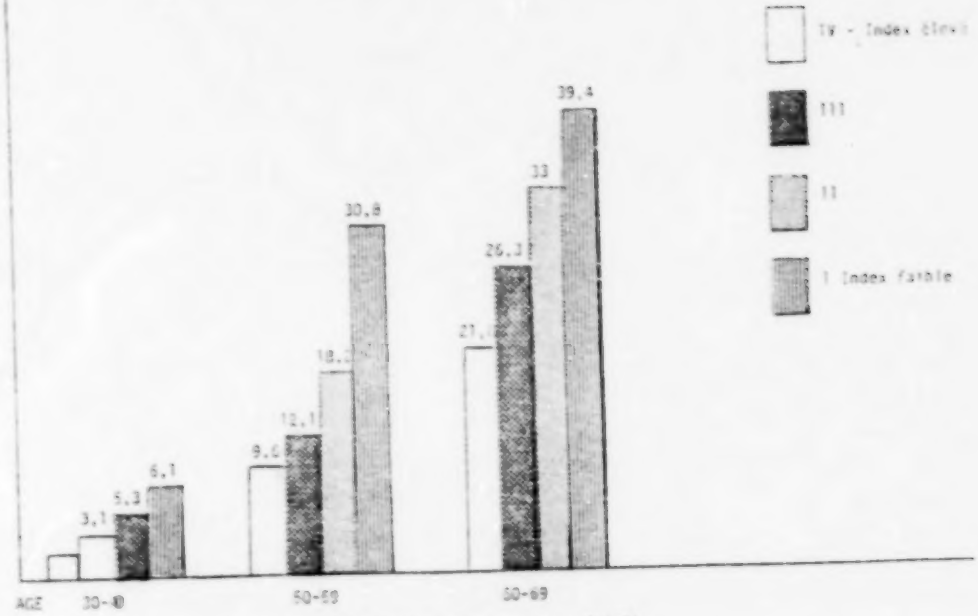
---

1. La même tendance s'observe chez les femmes.

TABLEAU I

TABLEAU I

Taux de mortalité pour toutes causes (/ 100 habitants) en fonction de l'index de réseau social (hommes)



Tiré de BERKMAN, Lisa F. et SYME, S.L. (1979)

TABLEAU 11

DEPRESSION, STRESS ET SUPPORT SOCIAL[1]

SUPPORT SOCIAL	STRESS: FAIBLE	STRESS: ELEVE
FAIBLE	4%	41%
ELEVE	1%	10%

(1) Tiré d'une étude de Brown et Harris (1978) in Caplan G., Mastery of Stress: Psychosocial Aspects. American Journal of Psychiatry, 138, 4, 1981, pp. 413-420.

effectuée auprès de 458 femmes ayant vécu différents types d'événements stressants ou de difficultés majeures montre que peu importe l'intégrité du stress vécu, dans la mesure où le support social est élevé, le risque de dépression est quatre fois moins grand qu'en l'absence de support (Cf. tableau II).

Enfin, certaines recherches ont même réussi à établir que les hommes qui perdent leur emploi et qui bénéficient d'un bon support social présentent dix fois moins de problèmes d'arthrite que les hommes isolés socialement.

Ces quelques données ne représentent qu'un petit échantillon des recherches faites en ce domaine; néanmoins, elles révèlent de façon éloquente l'importance du support de la communauté comme facteur déterminant dans la santé physique et mentale.

ELEMENTS DYNAMIQUES DU SUPPORT SOCIAL

Maintenant que nous avons vu l'importance du support social, il serait intéressant de tenter de cerner les éléments dynamiques qui donnent à cette dimension l'impact constaté précédemment.

Selon certains auteurs, on peut identifier au moins trois aspects ou phases permettant à un individu de passer au travers d'un événement stressant et pour lesquels le support social joue un rôle important. Ces facettes sont la recherche de solutions, l'utilisation de mécanismes psychologiques pour lutter contre l'excitation émotionnelle et l'assimilation psychologique de l'événement stressant et de ses conséquences.

La recherche de solution

En situation de stress, il est souvent important de s'attaquer à la source du problème pour en atténuer l'impact. Or, à cause des émotions concomitantes, il est souvent difficile pour la personne de bien évaluer la réalité. L'attention, la recherche d'information, la mémoire, le jugement, la capacité de prévoir sont souvent directement perturbés par l'intensité du stress. Parallèlement, on assiste également à un phénomène de confusion dans l'identité de soi. La personne perd confiance en ses points de repères internes et ne sait plus si elle pourra surmonter l'obstacle.

A ce niveau, le groupe de support peut aider la personne à mieux rassembler les éléments d'information, à

évaluer le pour et le contre des actions à entreprendre en plus de la rassurer sur son identité et sa valeur en tant que personne. Le groupe de support peut également confirmer la souffrance éprouvée et faire accepter celle-ci plus facilement.

Lutte contre l'excitation émotionnelle

L'excitation émotionnelle, la dépression, l'anxiété, la colère sont des complications habituelles du stress. A ce niveau, il semble que le support social puisse directement atténuer l'impact de ces émotions en répondant de façon concrète et substantielle aux besoins de dépendance très grands dans ces moments. De plus, le groupe social peut absorber une partie de l'agressivité ou encore contrecarrer les sentiments de désespoir, de honte et de culpabilité souvent présents lorsque la situation est vécue comme un échec personnel.

L'assimilation psychologique

La majorité des situations de stress laissent des traces souvent difficiles à effacer. En particulier lorsqu'il s'agit de la perte d'une personne, les effets

peuvent se faire sentir sur plusieurs mois voire plusieurs années.

A long terme, il est important pour la personne de pouvoir périodiquement se remémorer certains moments antérieurs afin de liquider les sentiments de culpabilité, de colère et d'anxiété. A ce niveau, le support des gens proches s'avère particulièrement important. Leur disponibilité et très souvent leur propre implication émotive permettent l'expression ouverte des émotions positives et négatives associées aux événements antérieurs. C'est là un des aspects les plus importants du travail d'assimilation psychologique nécessaire au maintien d'un bon équilibre psychique.

A titre de conclusion sur le rôle du support social, il est bon de souligner que peu importe le type de situations éprouvantes (une maladie, une séparation, des difficultés familiales, un manque d'emploi), on retrouve une certaine constance dans la façon de s'adapter au stress et comme nous venons de le voir brièvement, l'apport des personnes proches se révèle un élément important dans la résolution de ces moments de crise.

SUPPORT SOCIAL ET INTERVENTIONS EN SANTE

Bien que le thème du support social ou communautaire reçoive de plus en plus d'attention de la part des professionnels de la santé, il n'en demeure pas moins un sujet inconfortable pour beaucoup d'entre eux. L'une des raisons majeures réside probablement dans le mythe du professionnel tout puissant qui intervient au moment où tout le monde s'avoue incapable de venir à bout d'un problème. Ce mythe, fortement renforcé d'ailleurs dans la formation collégiale ou universitaire, a pour effet de déposséder de son pouvoir le réseau d'aide naturel des gens au profit de celui de l'expert. Il est bien évident que certains problèmes exigent une intervention extérieure pour aider à clarifier certains aspects d'un problème mais on ne peut pas dire que cette aide extérieure met souvent à profit les énergies disponibles du réseau social pour régler les problèmes. De fait, intervenir au niveau des réseaux de support exige la reconnaissance implicite du pouvoir de la communauté à régler efficacement les problèmes qui la confrontent.

En plus d'une conception différente de la relation d'aide, le choix du support social comme focus de l'intervention demande aussi une révision des moyens utilisés pour favoriser le changement dans une communauté.

L'un des moyens privilégiés en ce domaine consiste à offrir une aide indirecte au lieu d'une aide directe. Au lieu, par exemple, de faire des entretiens thérapeutiques individuels, on préférera rencontrer plusieurs familles qui vivent quotidiennement avec les personnes présentant le problème et favoriser l'échange sur les tracas, problèmes, ennuis, ainsi que sur les idées nouvelles et les bons coups possibles. Ce type d'intervention a d'ailleurs fait l'objet d'essais auprès de familles d'accueil pour enfants perturbés et les effets indirects sur les enfants s'avèrent très positifs.

Un autre moyen d'intervention axé sur le support social consiste à recycler les ressources humaines de la communauté. La mise sur pied de garderies familiales en milieu rural représente à cet égard une heureuse initiative pour répondre aux besoins de jeunes familles. En instrumentant quelques personnes à prendre soin de jeunes enfants, on permet aux mères de se libérer et aux enfants d'enrichir leurs expériences sociales. Encore ici, l'aide offerte est de type indirect. Un organisateur communautaire aide les gens à obtenir des permis de l'Office de garde alors que infirmières, travailleurs sociaux et diététiciennes offrent leurs connaissances pour la formation des futures gardiennes.

Enfin, plusieurs expériences tentées aux Etats-Unis visent à améliorer les habiletés d'aide et d'écoute des résidents d'une communauté afin qu'ils répondent plus efficacement aux problèmes qui leur sont soumis. Que ce soit l'hôtelier conseillant un alcoolique ou une coiffeuse discutant de surconsommation de médicaments avec ses clientes, le but visé est d'aider le plus de gens possible par le biais du réseau le plus influent.

Je termine mon exposé par une remarque sur l'évaluation des interventions en santé. L'intervention de réseau en vue de renforcer le support social et communautaire représente un mode d'intervention privilégié pour atteindre l'objectif souvent formulé mais rarement opérationalisé de la prise en charge par la communauté de sa santé. Celà exige également de se donner des points de repère nouveaux dans l'évaluation de nos programmes de santé. Si nous croyons au potentiel des gens de se prendre en charge, peut-être faut-il évaluer la compétence des communautés à assurer à leurs membres les apports physiques, psychologiques et sociaux nécessaires à leur développement. Tant que les programmes de santé n'auront pas opérationalisé ces critères de compétence communautaire, jamais nous ne pourrons évaluer sérieusement l'impact des services sur la santé physique et mentale de nos concitoyens.

REFERENCES

BERKHAM, Lisa F.; SYME, S.L., "Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents" in American Journal of Epidemiology, 109, 2, 1979, pp. 186-204.

COHEN, J.B.; BRODY, J.A., "The Epidemiologic Importance of Psycho-social Factors in Longevity" in American Journal of Epidemiology, 114, 4, 1981, pp. 451-461.

TOYMAN, S.T., "Soutien aux proches des malades mentaux", Santé mentale au Canada, 28, 1, 1981, pp. 2-4.

D'AUGELLI, A.R. et al., "The Community Helpers Project: A Description of a Prevention Strategy for Rural Communities", Journal of Prenvention, 1, 4, 1981.

CAPLAN, G., "Mastery of Stress: Psychological Aspects", American Journal of Psychiatry, 138, 4, 1981, pp. 413-420.

HELLER, K.; MONCHAN, L., Psychology and Community Change, Dorsery Press, 1977.

HORSCH, B.J., "Natural Support Systems and Coping with Major Life Changes", American Journal of Community Psychology, 8, 1980, pp. 159-172.

Santé mentale au Canada, "Réseaux de soutien naturel", mars 1981.

SANTE MENTALE ET INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES:

NOUVEAUX DEFIS POUR LES PSYCHOLOGUES

par: Pauline Côté, psycho-sociologue
David Michaud, psychologue
Simon Papillon, psychologue
Nicole Royer, psychologue

Professeurs à l'Université
du Québec à Rimouski

INTRODUCTION

Depuis un an et demi, nous avons fait des recherches en vue d'élaborer un programme de formation de psychologues à l'Université du Québec à Rimouski. Une réflexion approfondie et des contacts réguliers avec les psychologues du milieu nous ont amené(e)s à préciser quelques éléments fondamentaux qui doivent sous-tendre une formation adéquate, adaptée à la réalité de la recherche et de l'intervention psychologiques contemporaines.

Nous présentons ici brièvement la situation que vivent bon nombre de psychologues dans leur travail et comment une formation en psychologie communautaire pourrait transformer la profession des psychologues.

LA SITUATION D'INTERVENTION DES PSYCHOLOGUES

Les psychologues sont régulièrement amené(e)s, dans leur travail quotidien, à questionner leurs compétences et, donc, à s'interroger sur la pertinence de leur formation. Quand ces professionnels(les) se réunissent pour échanger sur leur pratique, ils et elles en viennent vite à exprimer les limites et les défis qui paraissent

inhérents à leur tâche.

Lors de séances d'étude regroupant près de cinquante psychologues du Bas-St-Laurent, de la Gaspésie et de la Côte-Nord, nous avons constaté que ces psychologues travaillant dans le réseau des affaires sociales, se sentent ballotté(e)s entre l'intervention à la petite journée identifiée comme plus ou moins efficace et l'action plus planifiée et globale qui pourrait être plus pertinente tout en favorisant la promotion de la santé mentale. Ceux et celles qui désirent innover dans la pratique de l'intervention psychologique sont confronté(e)s à des difficultés énormes; ils et elles se retrouvent pour la plupart limité(e)s au mode traditionnel d'intervention et sont rapidement aiguillé(e)s sur le modèle médical, même si parfois un autre modèle pourrait s'avérer plus adéquat.

Comment sortir de cette situation inconfortable et insatisfaisante? Comment redonner un sens à l'intervention psychologique dans le réseau des affaires sociales? Les réponses sont diverses et les psychologues jugent nécessaire d'intervenir dans la population, de façon plus globale et mieux planifiée qu'ils et qu'elles ne le font maintenant.

Les psychologues travaillant en milieu scolaire vivent des difficultés semblables: répondre régulièrement à des urgences, telle semble être leur vocation. Souvent coincé(e)s entre les demandes de l'administration et celles des enseignant(e)s, ils et elles se sentent démuni(e)s pour implanter des programmes de prévention et pour motiver les enseignant(e)s et le personnel cadre des écoles à s'impliquer dans un programme de promotion de la santé mentale. Ces psychologues réclament, tout comme leurs collègues aux affaires sociales, une formation élargie qui leur permettra d'intervenir plus adéquatement dans les collectivités.

Ce que demandent les psychologues praticiens et praticiennes, c'est de pouvoir et de savoir exercer un choix parmi les modèles de compréhension des milieux et parmi les outils d'intervention. Ces choix devront être conséquents avec la définition de la problématique rencontrée, les demandes de la clientèle et les objectifs poursuivis. L'approche communautaire en psychologie, complémentaire de l'approche clinique, ne garantit pas une réponse favorable dans toutes les circonstances mais offre, de toute évidence, d'heureuses perspectives d'interventions et de recherches.

LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

L'orientation communautaire en psychologie est issue de la psychologie clinique, donc de la psychologie qui diagnostique et traite les désordres émotionnels et les désordres de la conduite. Elle propose cependant un regard différent sur les phénomènes psychologiques tout en ne négligeant pas de puiser à l'approche clinique les éléments susceptibles de l'enrichir. Mais d'où origine la psychologie communautaire?

HISTORIQUE DES PHILOSOPHIES D'INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE

La psychologie clinique prend son essor au milieu des années 40, alors que la deuxième guerre mondiale, avec les traumatismes émotionnels qu'elle engendre, appelle une assistance psychologique intense (GARFIELD, 1981). Auparavant, les rares psychologues cliniciens en Amérique du Nord travaillaient presqu'exclusivement au diagnostic, pour remettre par la suite la "guérison" des clients et des clientes entre les mains des psychiatres. Les demandes d'aide de l'après-guerre incitent les universités à former un plus grand nombre de psychologues et stimulent les professionnels(les) déjà en place à s'impliquer dans les psychothérapies.

La psychanalyse est la première théorie de la personnalité à infiltrer la psychiatrie. De ce fait, les psychologues adhèrent au mouvement: les psychothérapies se font principalement dans une orientation psychanalytique.

D'autres philosophies d'intervention font leur apparition, sans toutefois supplanter l'approche psychanalytique, du moins jusqu'aux années 60 et 70. L'approche phénoménologique rejoint un grand nombre de psychologues, mais n'atteint pas significativement la pratique psychiatrique. L'approche behaviorale et les théories de l'apprentissage social restent à l'arrière-scène. A cette époque (années 40 et 50), les thérapies brèves sont dites "thérapies de support": elles sont prescrites, faute de mieux aux clients et aux clientes qui ne possèdent pas les aptitudes et les qualités pour un traitement "en profondeur". Au cours des années 60, les travailleurs sociaux donnent l'impulsion à des intérêts nouveaux: on se préoccupe des sous-privilégié(e)s, on étudie l'impact des milieux sociaux et culturels. Dans un souci d'adaptation aux caractéristiques de certaines clientèles, les psychologues cliniciens et cliniciennes favorisent le développement des thérapies behaviorales et des interventions brèves. Une meilleure connaissance des processus relationnels oriente les psychologues cliniciens(nes) vers des méthodes plus souples: thérapie de famille (nucléaire ou étendue),

de couple ou du réseau social.

L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES TRADITIONNELLES

Depuis 40 ans, de nombreuses recherches tentent d'évaluer des psychothérapies (MARSHALL, 1980; STRUPP et HADLEY, 1979). La question demeure empreinte d'incertitudes, car on ne s'entend pas sur les critères d'évaluation (quels changements mesurer et quelle amplitude considérer comme relevant d'une intervention réussie). De surcroît, les recherches prennent souvent des échantillons difficilement comparables ou bien portent sur des interventions de durées et d'intensités variables.

A travers la littérature, deux arguments en défaveur des psychothérapies individuelles retiennent l'attention: l'un concerne les rémissions spontanées, l'autre les facteurs non-spécifiques. Nous proposons de les envisager comme arguments favorables à une approche communautaire. Le premier réfère au fait qu'un bon nombre de patients et de patientes (certains et certaines disent 40%) inscrit(e)s sur les listes d'attente des professionnels(les) "guérissent" avec le temps sans qu'une intervention thérapeutique soit entreprise. Ceci fait dire à certains et à certaines

que la psychothérapie n'a pas sa raison d'être. Ils oublient un point important: il n'y a pas que l'intervention individuelle de l'expert qui soit bénéfique. Les modifications dans l'environnement, les changements relationnels pourraient expliquer un changement d'attitude chez le client et la cliente éventuel(le). Nous affirmons ainsi que si les psychologues s'assuraient de connaître les forces aidantes sises dans le milieu de vie, ils ou elles pourraient travailler à maximiser leur impact.

Le second argument en défaveur de la psychothérapie, celui des facteurs non-spécifiques, pose que bon nombre des bienfaits de la psychothérapie viennent des qualités "humaines" (chaleur, compréhension, empathie) de la relation établie. Ces qualités peuvent se retrouver à divers degrés chez des personnes qui n'ont pas reçu la formation de psychologues. En conséquence, un psychologue et une psychologue d'orientation communautaire devraient être habilité(e)s à utiliser des non-spécialistes de la relation d'aide dans le réseau naturel de ceux et de celles qui demandent de l'aide.

DEFINITION DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Dans le cadre du programme de formation en psychologie communautaire, nous voulons fournir aux futur(e)s psychologues l'occasion d'approfondir non seulement des connaissances sur les mécanismes du comportement humain, mais aussi d'approfondir un mode d'approche et d'intervention. La psychologie communautaire, s'intéressant aux phénomènes psychologiques d'une collectivité, nous apparaît correspondre à notre modèle d'intervention et de recherche. Les psychologues qui apportent leur contribution professionnelle à la communauté s'efforcent, dans cette perspective, de comprendre les rapports entre un individu et ses groupes d'appartenance (familial, travail, naturel) en accordant une grande importance aux facteurs socio-économique, politique et culturel.

Sur le plan de la recherche, les psychologues communautaires, possédant un entraînement à la recherche scientifique, privilégient des études traitant d'une façon générale des conditions dans lesquelles vivent les gens, comme l'habitation, les structures sociales, les groupes. De plus, ils et elles s'intéressent à toute étude visant l'implantation et l'évaluation des mesures préventives en santé.

Former de tels psychologues implique des modalités nouvelles d'enseignement et de recherche. La recherche devra se faire sur le terrain et la formation plus théorique devra tenir compte des apports scientifiques de plusieurs disciplines en sciences humaines.

HISTORIQUE DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

A travers l'historique des philosophies d'intervention en psychologie, existe un courant d'intérêt pour aborder des problèmes psychologiques dans une perspective communautaire

Aux Etats-Unis, c'est peu avant 1960 qu'une commission sur la Santé mentale (RAPAPORT, 1977; KORCHIN, 1976) insiste sur l'importance des interventions à l'intérieur de la communauté, plutôt qu'à l'intérieur des hôpitaux surchargés et isolés des milieux de vie courante.

En 1963, le Congrès américain vote l'allocation de fonds pour la construction de Centres communautaires de santé mentale. Deux ans plus tard, on songe à l'engagement du personnel. Et c'est à ce moment que l'on situe souvent la naissance de la psychologie communautaire. En effet, en 1965, se rassemblent à Boston, de nombreux

psychologues, pour discuter de santé communautaire. Par la suite, dans les années 70 et 80, le mouvement communautaire s'accentue et élargit son champ d'intervention.

UN CHANGEMENT DANS LES MENTALITES

Au début du siècle, le mouvement psychanalytique infiltre en force les pratiques nord-américaines. Déjà, vers les années 30, un petit groupe de psychologues américains dévient de la voie principale pour faire valoir une "psychologie du moi autonome", pour contrer la mentalité qui conçoit l'homme ou la femme comme étant "esclave" de ses pulsions (GIBBS, RASIC LACHEN MEYER, SIGAL, 1980).

Ces dissidents et ces dissidentes couramment appelé(e)s "psychologues du moi", donnent à plusieurs égards, l'impulsion au mouvement de la psychologie communautaire. En effet, ils ou elles défendent que l'homme et la femme possèdent un potentiel d'adaptation et que leur adaptation au milieu de vie ne peut être appréciée qu'en fonction des termes de ce milieu de vie spécifique.

Deux autres série d'événements concourent au changement des mentalités et des pratiques face aux désordres psychologiques. D'une part, en 1952, Eysenck (voir Gibbs

1980) met publiquement en doute l'efficacité des psychothérapies: selon son étude, bon nombre de gens ne profitent en rien d'un face-à-face thérapeutique. D'autre part, on remet en cause la pertinence de l'intervention médicale; certaines personnes soupçonnent que la médecine elle-même, engendre souvent des difficultés qu'elle soigne (phénomène iatrogène).

NOTRE MODELE DE FORMATION EN PSYCHOLOGIE

Nous souhaitons une formation à l'intervention et à la recherche qui découlerait de nos philosophies quant au cheminement de l'étudiant(e), quant à l'évolution souhaitable de la psychologie et quant à l'implication sociale du (de la) psychologue.

L'étudiant(e), principal agent de sa formation

Les courants de pensée et d'action abondent en psychologie. L'étudiant(e) gagnerait à survoler les principaux et à entreprendre sa propre synthèse critique. En parallèle, l'étudiant(e) serait constamment appelé(e) à comprendre la personne dans son environnement, à l'intérieur d'un ensemble sur lequel elle influe et qui influe sur elle.

Idéalement, le (la) psychologue bénéficierait d'un cadre de formation encourageant l'autonomie, l'autocritique et par-dessus tout le développement des habiletés de travail en groupe. Ces qualités s'avèrent essentielles au (à la) psychologue désireux(se) de travailler auprès de et surtout avec la population dans un esprit d'évaluation constante de son action, dans un esprit de souplesse face aux contingences du milieu.

La perspective individu-groupe-milieu devrait imprégner tout acte professionnel, même les plus classiques comme le diagnostic, le pronostic, l'orientation, le counseling, la psychothérapie, la consultation organisationnelle... Elle devrait imprégner les approches théoriques du développement de l'enfant et de l'adolescent, de la vie adulte et de la vieillesse. Cette perspective atteindrait sa pertinence optimale dans des activités préventives et dans des activités de promotion de la santé mentale.

La psychologie, une discipline en évolution

Nous aimerions voir mis de l'avant un programme qui vise la compréhension de la dynamique individuelle reliée à la dynamique sociale: les difficultés psychologiques

seraient alors abordées en tant que sises dans un milieu culturel et social spécifique.

Nous aimerions voir mis de l'avant un programme qui vise à connaître l'adéquation ("fit") entre la situation problématique et l'intervention, entre la situation que l'on veut investiguer et les outils de recherche. Les modes d'intervention et de recherche doivent être choisis en fonction des contextes-cibles.

Des activités de recherche en psychologie devraient viser à développer et à évaluer des modèles d'intervention en accord avec l'esprit de la psychologie communautaire: par exemple, les interventions préventives en santé mentale et les programmes de promotion en santé mentale gagneraient à faire l'objet d'études approfondies. Il en va de même des conditions susceptibles de jouer un rôle dans l'adaptation à l'environnement; dans cette optique, la satisfaction au travail, la reconnaissance sociale, les relations familiales pourraient être des thèmes privilégiés.

Somme toute, nous préconisons une psychologie davantage centrée sur l'augmentation de la compétence sociale que sur la diminution d'états pathologiques. Une psychologie apte à réduire la distance sociale entre l'aidant(e)

et l'aidé(e), apte à utiliser les ressources des non-professionnel(le)s aidant(e)s naturel(le)s.

L'implication sociale du psychologue

A travers sa formation le (la) psychologue préparerait son engagement social selon trois principaux axes: la dé-médicalisation des désordres psychologiques (autant que cela est possible), la prévention des désordres psychologiques, ainsi que la promotion de la santé mentale.

Les sphères d'intérêt fondamentales en psychologie, telles que la motivation, la perception, les méthodes statistiques, les outils de mesure, s'imbriqueraient à profit dans une optique développementale de la personne humaine, par opposition à une optique médicale où l'important est d'identifier le foyer de maladie et de le traiter.

Une préparation à la prévention en santé mentale se ferait par le biais de l'étude des populations à risques; des facteurs déclencheurs de crises émotionnelles les plus courants et des mécanismes psychologiques du "faire face". Il est urgent que les psychologues saisissent dans cette voie l'opportunité d'une action sociale aussi potentiellement bénéfique. L'action idéale du psychologue et de

la psychologue serait de promouvoir la santé mentale plutôt que de s'employer à soulager des malaises ou même à les prévenir.

L'INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Il nous semble juste d'affirmer que le modèle d'intervention en psychologie communautaire se rapproche des modèles d'intervention sociale et se démarque carrément du modèle médical traditionnel.

Pour déterminer les situations et les populations à risque en santé mentale, le et la psychologue d'orientation communautaire devront être capables de travailler dans des milieux et des organisations diversifiés à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires. Cela suppose donc que les psychologues devront sortir de leur bureau et ne plus se contenter d'un travail routinier entre neuf heures et dix-sept heures!

Pour promouvoir la santé mentale, le souci d'informer les gens doit être au coeur de toute intervention de type communautaire. Les psychologues devront aussi dénoncer toute forme d'exploitation de l'homme par l'homme où certains sont privés de leur pouvoir de satisfaire leurs

besoins avec la dignité de personnes autonomes.

En ce qui concerne le diagnostic, les psychologues communautaires, tout en connaissant le modèle clinique orthodoxe, devront tenir compte de toute l'écologie dynamique du développement. Ils et elles devront se rappeler que les données environnementales orientent en grande partie les aspects cognitifs, émotionnels et behavioraux des personnes qui réclament de l'aide psychologique. La démarche diagnostique écologico-sociale que nous privilégions souligne que la qualité de l'interaction individu-milieu de vie est déterminante pour la santé mentale et physique. En permettant d'appréhender les forces sociales et physiques qui influencent les personnes en difficulté, ce type de diagnostic amène à identifier des sources d'aide dans l'entourage familier de l'aidé(e). Le et la psychologue gagnent alors à stimuler l'action de ces ressources bienfaisantes.

La conception traditionnelle de la relation d'aide va se transformer. Les psychologues devront travailler sur des réseaux d'influence aussi variés que la famille, le quartier, le milieu de travail, les organisations sociales, politiques et culturelles dont fait partie la personne en difficulté. Dans une telle perspective, l'organisation du travail des psychologues se trouve

profondément transformée et l'évaluation de son efficacité ne peut plus se faire au nombre d'entrevues individuelles réalisées dans une semaine! Les employeurs devront donc modifier leur façon de penser l'intervention psychologique et, pour ce faire, ils auront sans doute besoin d'aide!

CONCLUSION

La formation de psychologues aptes à travailler dans la communauté est parsemée d'écueils. Même si l'accent est mis sur la prévention et la promotion en santé mentale, les aspects reliés à la connaissance des processus de dysfonctionnement individuel et social ne doivent pas être négligés (BENSAID, 1981).

Une formation axée sur la recherche et l'intervention communautaire contribuera avantageusement à modifier l'action des psychologues en élargissant leur pratique professionnelle. Les activités universitaires de recherche et d'enseignement viseront avant tout la formation de psychologues habilité(e)s dans leur pratique et leur recherche à considérer l'individu dans sa dynamique sociale et à intervenir dans des secteurs d'activités multiples et

variés. Les besoins de la population en ce sens se font de plus en plus sentir et les universités doivent questionner leur programme de formation existant et réorienter la recherche et l'intervention en psychologie.

REFERENCES

BENSAID, N. (1981) La lumière médicale ou les illusions de la prévention. Paris, Seuil.

GARFIELD, S.L. (1981) "Psychotherapy: a 40 year appraisal." American Psychologist, 36 (2), 174-183.

GIBBS, M.S.; RASIC LACHEN MEYER, J.; SIGAL, J. (eds) (1980) Community Psychology. Gardner Press.

KORCHIN, S.J. (1976) Modern Clinical Psychology. Basic Books, New York.

MARSHALL, E. (1980) "Psychotherapy works, but for whom?" Science 207, 506-508.

RAPAPORT, J. (1977) Community psychology: values, research and action. New York: Holt, Rinchart, Winston.

STRUPP, H.A.; HADLEY, S.W. (1979) "Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study." Archives of general psychiatry, 36, 1125-1136.

"L'INTERVENTION AUPRES DES COMMUNAUTES, UNE AFFAIRE DE STRATEGIE ET D'INNOVATION OU LES PLUS AUDACIEUX L'EMPORTERONT SUR LES PLUS GRANDS ESPRITS BIEN INSTRUITS."

par: Robert Maguire, Directeur
Département de Santé communautaire
de Rimouski

A chaque fois que l'on participe à des rencontres entre gens des DSC et des CLSC et autres intervenants dans le domaine de la santé, le mot qui fait surface le plus souvent est celui de "l'approche globale". Chacun des groupes de professionnels et la plupart des organisations se disent très orientés vers cette approche.

Après quelques années de travail dans le domaine, je voudrais vous faire part de quelques réflexions qui peuvent sembler sévères mais qui me semblent d'actualité. Si nous prenons par exemple le CLSC et son organisation ou encore le réseau des Affaires sociales nous réalisons que nous n'avons pas là un environnement propice pour que l'on puisse réellement parler d'approche globale. Nous avons à l'intérieur de ces organisations des professionnels qui, avec leurs cultures et leurs déformations professionnelles, ne sont pas en situation pour voir l'individu dans son ensemble. Prenons par exemple le CLSC qui dans la majorité des cas, au niveau de l'organisation, fonctionne en modules social, sanitaire et communautaire. Cette approche organisationnelle tend selon moi à amplifier la parcellisation des approches et me semble peu favorable pour susciter un travail plus global. Au lieu de définir un secteur géographique, ou une communauté où l'on pourrait associer différents professionnels, nous perpétuons par nos modèles d'organisations l'approche traditionnelle qui nous propose

de travailler avec des individus l'un à la suite de l'autre.

Il nous faut donc dans un premier temps au niveau du CLSC créer un environnement ou un "aquarium" qui serait propice à l'approche globale. Pour cela, il nous faut éviter le plus possible les conflits de professionnels qui sont encore très nombreux dans nos organisations, en développant des petits groupes multidisciplinaires qui se définiraient plus en fonction des problèmes des secteurs dans lesquels ils travaillent.

Si l'on prend la majorité des problèmes que l'on rencontre dans le réseau des Affaires sociales pour un secteur donné, nous réalisons rapidement tout d'abord qu'il ne faut plus dissocier la santé mentale de la santé physique. Le deuxième élément important est qu'une analyse plus serrée de ces clientèles nous fait réaliser que les populations à risques du secteur sont les mêmes pour le sanitaire et pour le social et que ces mêmes groupes à risques sont les moins bien nantis et la plupart du temps les moins instruits de ce secteur. Encore ici malheureusement l'approche réseau que l'on voudrait complémentaire ne donne pas les résultats escomptés. C'est humain, chacun veut bâtir son petit empire et tranquillement on délaisse les problèmes de la clientèle pour se chicaner sur le partage du gâteau au niveau des organisations ou au niveau des professionnels.

Nous avons, depuis un certain temps, entrepris pour mieux développer nos programmes l'analyse de certains problèmes socio-sanitaires en essayant de déterminer pour chacun d'eux les précurseurs et les conséquences primaires, secondaires et tertiaires. Cette démarche fait bien ressortir à tout coup l'interrelation des organisations et des professionnels et nous entrevoyons désormais la possibilité de ne plus développer, si cela est possible, des programmes par établissement mais plutôt des programmes par secteur, ou chacun des établissements précisera son rôle par rapport aux problèmes et aux clientèles. Nous pensons et souhaitons qu'une approche réelle par programme nous permettra d'atténuer les méfaits des organisations modulaires ou des établissements et de développer une approche plus globale.

Tout ceci pour vous dire que je ne pense pas que nous nageons actuellement dans un aquarium propice à l'approche globale et communautaire. Evidemment, c'est sommaire, mais nous pourrions en reparler avec plus d'exemples. Pour ce qui serait une façon de le faire, je pense que nous devons nous orienter de plus en plus vers des approches de groupe en développant de plus en plus la prise en charge, et par conséquent, la déprofessionnalisation des problèmes. Ca, c'est menaçant pour nous mais n'ayez crainte, c'est à long terme! Il nous faut parler de prévention primaire:

l'analyse des problèmes par rapport aux précurseurs nous le montre très bien. Pour utiliser des termes à la mode, notre approche devra être plus écologique et pour ce faire, il ne faudra pas avoir peur de penser "stratégie" et "lobby".

"L'INTERVENTION AUPRES DES COMMUNAUTES, UNE AFFAIRE DE STRATEGIE ET D'INNOVATION OU LES PLUS AUDACIEUX L'EMPORTERONT SUR LES PLUS GRANDS ESPRITS BIEN INSTRUITS."

par: Michel Asselin, Directeur
C.L.S.C., Matane

L'approche communautaire tient tout autant de l'art que du domaine de la science et fait appel à l'intuition, à l'imagination et à la créativité. Ce qui fait défaut dans nos interventions professionnelles, c'est davantage la façon de faire les choses que les connaissances et compréhensions des situations et problématiques auprès desquelles on a été appelé à intervenir. Le sociologue Fernand Dumont affirme qu'il manque à la culture actuelle un ensemble de médiation neuve, tissé dans la vie quotidienne entre la culture première (qu'on appelle souvent le kétaine) et les extraordinaires réalisations de la culture seconde (le monde des instruits).

Or, l'organisation communautaire quelle que soit l'école de pensée est un ensemble de méthodes d'interventions qui s'emploie à construire les adéquations, ressources et besoins. Au-delà des techniques du "caseload" et des groupes thérapeutiques, on doit s'appliquer à des processus et stratégies qui rejoignent et associent les masses et collectivités.

Après une bonne lecture et diagnostic d'une situation, le plus important demeure l'action qui doit être planifiée et faisable. Si aucun résultat ne peut être escompté, il serait préférable de s'abstenir. Cette faisabilité de l'action tiendra compte de l'évaluation des forces

agissantes et des forces de résistance, des pouvoirs, des intérêts, des privations et des ressources existantes.

Les stratégies sont variées et visent toutes à la mobilisation, seule assurance d'un changement et d'un résultat.

-Stratégies d'alliance avec l'usager.
-Stratégies de mobilisation des ressources.
-Stratégies de présence.
-Stratégies de négociation et de partage.

Si l'utilisation de stratégies peut paraître proche du subterfuge ou même de l'escroquerie, pensons qu'elles font le succès du marketing sur lequel s'appuie l'économie contemporaine qui survit grâce à la consommation outrancière et sans discernement de biens.

Et nous, pourquoi ne serions-nous pas des vendeurs de biens sociaux ou services qui assureraient selon nous le développement des valeurs socio-sanitaires fondamentales. Si Labatt vend sa bière au nom du Plein-Air, pourquoi pas, nous, promouvoir une saine alimentation en passant par le Bingo.

La recherche et l'application de telles médiations entre la culture première et la culture dite seconde, demeurent la seule façon de parvenir pas à pas à des changements culturels substantiels.